THÈSE PRÉSENTÉE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG
MENTION : MÉDECINE

ANNÉE 1943 N° 2

Thèse présentée pour le Doctorat en médecine

PAR

WAGSCHAL-BARTFELD Meier Leiser
né à PODWOLOCZYSKA (Pologne) le 15 Janvier 1910

Sur l'Appréciation du dommage et l'Évaluation de l'incapacité dans LES FRACTURES du MAXILLAIRE INFÉRIEUR

Président : M. A. WEISS, PROFESSEUR

MONTLUÇON
Imprimerie du Centre, 11, Avenue Maréchal Pétain
1943

Sur l'Appréciation du dommage et l'Évaluation de l'incapacité dans LES FRACTURES DU MAXILLAIRE INFÉRIEUR

THÈSE PRÉSENTÉE POUR LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

MENTION : MÉDECINE

ANNÉE 1943 N° 2

Thèse présentée pour le Doctorat en médecine

PAR

WAGSCHAL-BARTFELD Meier Leiser

né à PODWOLOCZYSKA (Pologne) le 15 Janvier 1910

Sur l'Appréciation du dommage et l'Évaluation de l'incapacité dans LES FRACTURES du MAXILLAIRE INFÉRIEUR

Président : M. A. WEISS, PROFESSEUR

MONTLUÇON

Imprimerie du Centre, 11, Avenue Maréchal Pétain

1943

A MON PÈRE

En témoignage de ma reconnaissance pour tous les sacrifices qu'il s'est imposé pour moi et de ma profonde affection.

A MA MÈRE

En témoignage de ma tendresse filiale et de ma profonde reconnaissance.

A MA SŒUR

A TOUS MES PARENTS

A MES AMIS

A MES CAMARADES

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR A. WEISS

Professeur de Clinique Chirurgicale
de la Faculté de Médecine de Strasbourg
Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a fait le grand honneur de présider notre thèse. En témoignage de notre reconnaissance et de notre respectueux dévouement.

A NOTRE JURY DE THÈSE

A Monsieur le Médecin Général CHAVIGNY

Professeur honoraire de médecine légale
à la Faculté de médecine de Strasbourg
Commandeur de la Légion d'honneur

Qui a bien voulu nous inspirer le sujet de ce travail et mettre ses dossiers d'expertises à notre disposition. Hommages respectueux et vifs remerciements.

A Monsieur le Professeur SIMONIN

Directeur de l'Institut de Médecine légale
et de Médecine sociale
de la Faculté de Médecine de Strasbourg
Officier de la Légion d'Honneur.

En remerciement de l'intérêt qu'il a bien voulu porter à notre travail.

A Monsieur le Docteur J. FOURCADE

Chef de travaux pratiques de Médecine légale
à la Faculté de Médecine de Strasbourg

Qui a bien voulu nous aider de ses conseils au cours de la réalisation de cette thèse. Qu'il veuille trouver ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

A tous mes Maitres

de la Faculté de Strasbourg

FACULTÉ DE MÉDECINE DE STRASBOURG

Doyen	MM.	A. Forster ✻ ⟨⟩ I.
Assesseur		P. Rohmer ✻ ⟨⟩ I.

PROFESSEURS TITULAIRES

Clinique médicale B	MM.	Ambard ✻ ⟨⟩ I.
Embryologie et Tératologie		Ancel ✻ ⟨⟩ I.
Clinique neurologique		Barré ✻ ⟨⟩ I.
Histologie		N.
Clinique O. R. L.		N.
Anatomie		Forster ✻ ⟨⟩ I.
Thérapeutique chirurgicale		Fontaine ⟨⟩ A.
Chimie biologique		Nicloux O. ✻ ⟨⟩ I.
Hygiène et Bactériologie		Oberling ✻ ⟨⟩ I.
Clinique dermatologique		Pautrier O. ✻ ⟨⟩ I.
Clinique psychiâtrique		Pfersdorff ✻ ⟨⟩ I.
Clinique ophtalmologique		Redslob ✻ ⟨⟩ I.
Clinique d'obstétrique et maladies des femmes		Keller ✻ ⟨⟩ I.
Clinique infantile		Rohmer ✻ ⟨⟩ I.
Physiologie		N.
Pharmacologie et Médecine expérimentale		Schwartz ⟨⟩ I.
Médecine légale et Médecine sociale		Simonin O. ✻ ⟨⟩ A.
Hydrologie et Climatologie		Vaucher ✻ ⟨⟩ I.
Physique biologique		Vlès ✻ ⟨⟩ I.
Clinique chirurgicale B		Weiss ✻ ⟨⟩ A.
Clinique médicale A		N.
Anatomie pathologique		N.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Histologie	MM.	Aron ✻ ⟨⟩ I.
Anatomie		Bellocq ✻ ⟨⟩ I.
Anatomie pathologique		Géry ⟨⟩ I.
Clinique médicale A		Hanns O. ✻ ⟨⟩ I.
Clinique Psychiâtrique		Gelma ✻ ⟨⟩ I.

CHARGÉS DE COURS ET AGRÉGÉS

MM. Callot.	MM. Klein.	MM. Warter.
Kayser ⟨⟩ A.	Reiss ⟨⟩ A.	Thivolle ⟨⟩ A.
Romey O. ✻ ⟨⟩ A.	Sacrez.	E. Forster.
Tulasne.	Ginglinger.	Meyer P. ⟨⟩
Mlle Achard.	Humbert ✻ ⟨⟩ A.	Barthelme.

CHARGÉ D'UN COURS COMPLÉMENTAIRE

M. Roederer ⟨⟩ I.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Chavigny C. ✻ ⟨⟩ I.	MM. Stolz ✻ ⟨⟩ I.	MM. Weill ✻ ⟨⟩ I.
Leriche O. ✻ ⟨⟩ I.	Schaeffer ✻ ⟨⟩ I.	Bouin ✻ ⟨⟩ I.
		Reeb ⟨⟩ I.

AGRÉGÉS LIBRES

M. Simon ✻ ⟨⟩ A. — M. Kreis ⟨⟩ A.

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis resté fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

INTRODUCTION

Il existe déjà une longue expérience des fractures atteignant le maxillaire inférieur et des infirmités qui peuvent en résulter.

Dans les éléments de l'invalidité consécutive, il y a des éléments objectifs et facilement constatables : *perte des dents, déformations de l'arc mandibulaire, non concordance avec les dents supérieures, perte de substance osseuse.* Nous connaissons par contre un élément d'invalidité dont l'appréciation est extrêmement difficile, c'est *le défaut d'ouverture de la bouche,* la limitation du mouvement d'abaissement du maxillaire inférieur.

Dans nombre d'expertises il nous est apparu que l'appréciation de cette sorte d'ankylose était difficile. Il faut, en premier lieu, tenir compte de ce qu'il existe pendant la première période de la consolidation de la fracture une sorte de contracture, qui est peut-être d'origine réflexe, ou qui peut être d'ordre douloureux. Mais c'est alors une contracture passagère, qui ne durera par exemple qu'un mois ou deux.

A côté de cela on rencontre une contracture prolongée, obstinée, qui est, soit d'origine psychique, soit de nature simulée. Le diagnostic en est extrêmement difficile. Il

faut surtout ne pas confondre ces états de contraction (plutôt que de contracture) avec des états de rétraction (brides fibreuses, ankylose vraie).

C'est ce problème qui domine presque toute la question des troubles de dénutrition (amaigrissement par exemple) consécutifs aux fractures du maxillaire inférieur.

Quel que soit le nombre des dents manquantes et quel que soit la non concordance des arcs du maxillaire supérieur et du maxillaire inférieur, on arrive presque toujours à triturer encore suffisamment les aliments. L'alimentation n'est réellement compromise que chez les individus dont les arcs mandibulaires n'arrivent pas à s'écarter (obligation de se nourrir exclusivement d'aliments liquides), d'où la nécessité en médecine légale de fixer quelle sera *la durée de non ouverture de la bouche* (incapacité transitoire ou incapacité permanente partielle).

Nous avons pu constater que dans certains cas, des fractures du maxillaire inférieur ayant évolué chirurgicalement de façon absolument simple et normale, les suites se trouvaient anormalement prolongées par un psychisme assurément défectueux. Il aurait été nécessaire que les sujets fussent sainement conseillés et encouragés à profiter au fur et à mesure des progrès anatomiques de la guérison.

***

Nous voudrions, dans ce travail, donner au médecin légiste une idée approximative de toutes les difficultés qui se présenteront à lui en cas d'expertise approfondie des fractures de la mâchoire inférieure.

Après un rappel clinique indispensable (Chap. I), nous exposerons les règles d'expertise à suivre (Chap. II), en nous arrêtant plus longuement pour discuter la question complexe qu'est l'estimation du déficit dentaire. Enfin nous décrirons un certain nombre de cas aussi objective-

ment que possible (Chap. III), en tirant ensuite nos conclusions personnelles et générales d'après les règles énumérées au chapitre II, tenant compte en même temps du petit nombre de travaux qui se sont attachés à ces questions, soit en France, soit à l'étranger.

Il s'agira donc, dans les lignes qui vont suivre, aussi bien des suites des fractures de guerre, avec leurs dégâts plus ou moins importants que des fractures du temps de paix (accidents du travail, accidents de droit commun), qui présentent, comme nous le verrons, une physionomie, clinique bien différente.

CHAPITRE PREMIER

RAPPEL CLINIQUE

Du point de vue général nous distinguerons dans les fractures du maxillaire inférieur deux groupes :

1° *fractures simples* ;

2° *fractures compliquées.*

Les fractures simples sont celles qui se présentent sans déchirures des parties molles ; autrement dit, elles ne sont pas en communication avec le milieu extérieur. Ce sont les plus rares.

Les fractures compliquées s'accompagnent de lésions plus ou moins grandes des parties molles ; elles sont donc accessibles à l'infection.

Les fractures du maxillaire inférieur sont pratiquement toujours ouvertes.

Etiologie.

Les fractures du maxillaire inférieur reconnaissent des *causes directes* et *indirectes.*

Les fractures de causes directes sont les plus fréquentes. Elles se produisent à l'endroit de l'application de la force même (exemple : coups de feu, coups de pied de cheval, etc.).

Les causes indirectes agissent en redressant la courbure de la mâchoire ou en diminuant le diamètre de la courbure de la mâchoire. Une autre fracture indirecte est celle qui se produit à distance ; ainsi une chute sur le menton peut provoquer une fracture du condyle et de l'apophyse coronoïde.

Variétés.

1° *fractures incomplètes* consistant par exemple dans de simples fêlures ;

2° *fractures partielles* qui intéressent le plus souvent le rebord alvéolaire et s'accompagnent de fractures dentaires ; d'autres consistent dans l'ablation d'une portion d'os ;

3° *fractures complètes* dans lesquelles le trait de fracture intéresse l'os dans toute sa hauteur et son épaisseur. Ces fractures complètes peuvent être :

a) *simples*, c'est-à-dire sans déplacement. Celles-ci se diagnostiquent par l'impotence fonctionnelle et par la recherche de la douleur ;

b) peuvent s'accompagner d'une simple dénivellation jusqu'aux très grands écarts ;

c) enfin elles peuvent présenter des vices de position des fragments qui sont déterminés par l'action des forces musculaires de différents muscles comme les abaisseurs et élévateurs et varient avec le siège de la fracture ;

4° *fractures multiples* à deux ou plusieurs traits de fracture.

Fréquence.

C'est la partie antérieure, la moins protégée de l'arc mandibulaire inférieur, qui sera la plus fréquemment

atteinte. La partie la plus faible du maxillaire inférieur se trouve au trou mentonnier, et c'est à ce niveau qu'on trouve les fractures les plus courantes.

Un deuxième siège fréquent des fractures se trouve entre la première et deuxième molaire.

Plus rares sont les fractures de l'angle maxillaire, du condyle et de l'apophyse coronoïde, cette partie postérieure de l'arc mandibulaire étant protégée par du tissu musculaire épais (masseter).

Symptômes.

Nous les diviserons en :

1° *symptômes subjectifs* ;

2° *symptômes objectifs.*

Les symptômes subjectifs sont :

Douleur vive. Elle est réveillée par la pression et par les mouvements de la mâchoire.

Difficulté ou impossibilité de la mastication (trismus).

Gêne de la déglutition.

Difficulté de la parole.

Tous ces symptômes s'accompagnent d'une salivation abondante.

Les symptômes objectifs sont :

Déviation des fragments accompagnée de crépitations et de mobilité anormale. Les deux fragments du maxillaire sont mobiles l'un sur l'autre.

Tuméfaction de la région fracturée.

Présence de crachats sanguins.

La muqueuse gingivale est tuméfiée, œdematiée ou même déchirée si le chevauchement est notable.

Toute fracture complète du corps du maxillaire inférieur s'accompagne de *changement de la physionomie* du malade. C'est un signe qui déjà attire notre attention. Avec l'abolition partielle ou totale de l'articulé dentaire, nous sommes fixés définitivement sur l'existence d'une fracture. Les dents cessent d'être sur le même plan, elles ne rencontrent plus leurs antagonistes, le malade ne ferme plus la bouche normalement. Le fragment postérieur du maxillaire fracturé est entraîné en haut par les muscles élévateurs de la mâchoire, pendant que le fragment antérieur est porté en bas et en arrière par les muscles sus-hyoïdiens.

Dans le cas d'une *fracture double bilatérale* qui détache un fragment médian, celui-ci est porté en arrière par l'action musculaire des géni-hyoïdiens. Les joues sont alors aplaties et déformées.

Dans les *fractures des branches du maxillaire inférieur*, ce sont les muscles massêter et ptérygoïdien interne qui maintiennent les fragments et empêchent le déplacement. On diagnostique ces fractures par la douleur ressentie par le malade ou provoquée par la pression, par la crépitation et par la mobilité anormale.

Les *fractures de l'apophyse coronoïde* ne présentent de déplacement que si la fracture occupe la base. Dans ce dernier cas, c'est le muscle temporal qui entraîne l'apophyse en haut.

Enfin si c'est *le condyle* qui est fracturé il est entraîné en avant et en dedans par le ptérygoïdien externe qui s'y insère. Le condyle ne suit plus les mouvements de la mâchoire. Le menton est dévié du côté de la lésion, au contraire de ce qui se passe dans la luxation.

Dans tous les cas, il est absolument indispensable de pratiquer une ou plusieurs radiographies qui confirmeront le diagnostic, permettront de voir la direction du trait de fracture, et qui dans bien des cas montreront des traits

de fracture supplémentaires que l'on n'avait pu déceler cliniquement.

Pronostic.

Il est fonction de la gravité de la fracture, de l'âge du blessé et de son état général. Dans une large mesure il dépendra aussi de l'état psychique du malade et de sa volonté de guérir.

Les fractures du maxillaire inférieur sont toujours sérieuses parce qu'il s'agit à peu près constamment de fractures ouvertes, par conséquent exposées à toutes les complications qui peuvent survenir en pareil cas.

Mais d'ordinaire, une fracture du maxillaire inférieur bien soignée, à l'aide d'un appareil approprié à chaque cas, se consolide au bout de trente à quarante jours sans déformations.

Complications.

Elles sont : *immédiates*,
secondaires,
tardives.

1° *Complications immédiates* :

a) Asphyxie par chute de la langue sur le larynx.

b) Commotion cérébrale provoquée par le choc qui se transmet au cerveau par les condyles.

c) Otorrhagie à la suite d'enfoncement de la paroi osseuse du conduit auditif (Exemple : le col du condyle fracturé enfonce la paroi postérieure de la cavité glénoïde et pénètre dans le conduit auditif externe).

d) Hémorragie provoquée par la rupture de l'artère dentaire inférieure, blessée au cours de la fracture, cette artère cheminant dans l'épaisseur du maxillaire inférieur.

c) Paralysie, généralement passagère, de la sensibilité de la lèvre inférieure, provoquée par la déchirure du nerf dentaire inférieur ou par son tiraillement.

2° *Complications secondaires* :

a) Elles se résument surtout dans *l'infection du foyer de fracture* par les microbes de la bouche. Il peut même en résulter un accident redoutable : *la septicémie*. Si c'est le foyer de fracture qui suppure, on assiste à la formation d'une ostéite suppurée suivie d'une nécrose.

b) Une hémorragie secondaire au 7e ou 8e jour, qui peut être subite et très grave. Elle est provoquée par la chute d'un caillot infecté et suivie d'une légère élévation thermique.

3° *Complications tardives* :

a) *Consolidation en position vicieuse*, provoquant un trouble de l'articulé dentaire avec toutes les complications qui en résultent (Troubles digestifs, dénutrition).

b) *Pseudarthrose*, qui est surtout le résultat d'une perte de substance ou d'un mauvais traitement. Une pseudarthrose serrée ne gêne souvent pas la mastication ; au contraire, si elle est lâche, elle peut avoir des conséquences graves.

c) *Constriction des mâchoires*, qui est un trouble ordinairement d'origine névropathique. C'est une contracture passagère, inconsciente, qui se produit surtout au moment où le blessé cherche à ouvrir la bouche. La guérison se fait en conseillant et en encourageant le malade au fur et à mesure des progrès cliniques de la blessure. La constriction cicatricielle articulaire et osseuse vraie est

très rare et n'est généralement que partielle et limitée à une simple insuffisance d'ouverture de la bouche.

Traitement.

Qu'il y ait ou non déplacement, le traitement consiste essentiellement dans *l'immobilisation absolue des fragments.*

Dès le premier jour, il est important de faire pratiquer plusieurs fois par jour de grands lavages de bouche avec des solutions faiblement antiseptiques auxquelles il faut adjoindre des badigeonnages au bleu de méthylène. Ces soins, qui doivent être très minutieux, sont absolument indispensables pour éviter tous les accidents locaux et même généraux consécutifs à l'infection d'un foyer de fracture.

Très souvent, une ou plusieurs dents se trouvent dans le trait de fracture. Ce n'est qu'à la suite d'un examen approfondi qu'on peut décider de leur conservation ou de leur extraction. En règle générale, il faut se montrer très conservateur et bien souvent, en agissant ainsi, on obtient de remarquables résultats de consolidation, alors que de prime abord l'extraction de la dent ou des dents semblait s'imposer.

Aussi faut-il pratiquer l'ablation des esquilles mobiles dépériostées. Ici également, agir avec beaucoup de prudence et n'enlever que les séquestres très mobiles.

Le problème orthopédique des fractures du maxillaire inférieur consiste à :

1° *garder un articulé dentaire normal* ;

2° *maintenir un arc osseux solide* pour éviter ainsi une pseudarthrose.

Donc, après réduction de la fracture, l'immobilisation s'impose. Elle peut se faire, soit par *ligature dentaire*, soit à l'aide de *gouttières métalliques*. Le procédé varie suivant le nombre des dents et suivant leur état.

Le maxillaire inférieur étant, par l'un ou l'autre de ces procédés, bien immobilisé sur le maxillaire supérieur, il est recommandé d'adjoindre une *fronde* surtout la nuit. Cette fronde offre deux avantages :

a) Elle évite la sensation très désagréable de lourdeur ressentie par le malade, lorsque son maxillaire inférieur est bloqué sur le supérieur.

b) Avantage plus important, la nuit le malade ayant tendance, pendant son sommeil, à ouvrir la bouche, et par conséquent à forcer les ligatures, cette fronde empêche ces mouvements inconscients d'ouverture de la bouche qui amènent la rupture ou l'étirement des ligatures.

Cette méthode a l'énorme avantage de conserver au malade, par la suite, son articulé dentaire, ce qui est primordial.

Il nous est impossible d'indiquer tous les moyens chirurgicaux et prothétiques qui sont employés dans les fractures avec perte de substance et chez les édentés. Dans tous les cas, il faut surtout tenir compte de la conservation, dans toute la mesure du possible, de l'articule dentaire du malade.

Dans les cas de fractures de guerre, avec grosses pertes de substance, on compense ces pertes par des greffes osseuses en immobilisant ensuite, ce qui est ici encore plus difficile à réaliser et plus délicat. Si la greffe est impossible, ou si elle a échoué, les appareils de prothèse viennent la remplacer.

Le plan osseux une fois reconstitué, on s'occupera des plaies des téguments qui, à la face, donnent en général des cicatrices épaisses et disgracieuses. C'est la chirurgie esthétique qui compensera, par des greffes, les pertes du tissu mou et guidera ainsi la cicatrisation.

CHAPITRE II

RÈGLES D'APPRÉCIATION DU DOMMAGE

Dans le chapitre qui va suivre ce ne sont pas, à vrai dire, des règles que nous voulons imposer au médecin chargé d'une expertise d'une fracture du maxillaire inférieur ; notre intention est seulement de lui suggérer la marche à suivre, car nous avons pu constater à quel point chaque cas pris à part pose des problèmes difficiles à résoudre et est affaire de réflexion et de jugement personnel. Le médecin n'est pas une machine pour se rapporter automatiquement aux barèmes. *Tous les barèmes* (voir appendice), *n'ont qu'une valeur d'orientation.* Souvent, nous nous trouvons devant des cas semblables, qui peuvent avoir de très grandes divergences quant à l'appréciation du taux d'invalidité ; il arrivera, en effet, qu'en raison de l'influence spéciale de certains facteurs — âge, profession, sexe, caractères particuliers de certaines lésions ou de certaines manifestations pathologiques — l'expert pourra proposer d'appliquer un taux spécial à chacun d'eux. Il y a là un travail très approfondi à faire. Dans certains cas,

le médecin doit avoir l'esprit juridique ; un contrat d'assurance, par exemple, n'indique qu'un certain taux d'infirmité en fonction du barème officiel ; c'est au médecin d'étudier l'esprit dans lequel ce contrat a été formé ; il doit faire un parallèle entre l'infirmité et l'esprit du contrat ; ainsi, dans certains cas il sera appelé à diminuer, dans d'autres à majorer le taux d'invalidité, selon son jugement personnel. Le contrat c'est la loi des parties, et c'est au médecin d'être juste et d'être juge dans chaque cas.

Plus généralement, le médecin expert devra comme l'indique notre maître MONSIEUR LE PROFESSEUR SIMONIN [1], rester sur le terrain anatomique, physiologique et clinique. Il apprécie le déchet anatomique et le déchet fonctionnel, il apporte un élément technique médical d'appréciation. Mais, dans certains cas, il est par exemple de son rôle d'attirer l'attention des juges sur un *préjudice esthétique* qui n'est nullement négligeable et qui peut être de grande importance dans certaines professions. Le médecin décrira alors ce préjudice sans le chiffrer par un pourcentage. Dans d'autres cas, il doit même mentionner l'existence d'un *pretium doloris* qui pourra et devra parfois être dédommagé.

***

En pratique civile le médecin se trouvera devant des :

A. — *Accidents de droit commun* (accidents de la rue, de la circulation, coups et blessures), qu'il devra expertiser selon deux types :

a) *type contrat d'assurance* (nous avons indiqué plus haut le rôle du médecin dans ces expertises) ;

b) *type droit commun proprement dit*, qui ne comprend aucun contrat spécial.

B. — *Accidents du travail.*

Dans les accidents de droit commun le préjudice subi se compose d'un *dommage physique* et d'un *dommage économique.*

C'est le dommage physique qui est apprécié par l'expertise médico-légale. Elle consiste à déterminer :

1° *la période d'incapacité temporaire,* que nous appellerons première période ou *période chirurgicale,* pendant laquelle il y a consolidation progressive de la fracture. Cette période comprendra la fixation de taux successifs d'invalidité, qui seront l'objet d'appréciations très variées suivant l'évolution de l'accident ;

2° *la période de consolidation médico-légale,* caractérisée par un retour à un état normal suffisant, où le rôle de l'expert sera de fixer le degré de l'incapacité permanente.

Dans les accidents du travail le dédommagement consiste en la réparation partielle du dommage dans la mesure où il entraîne une diminution de la capacité du travail. *Le but de l'expertise médico-légale sera de déterminer la durée de l'incapacité temporaire, la date de consolidation de la blessure et le taux de l'incapacité permanente.*

Rappelons qu'en matière d'accidents du travail, ce ne sont que les sequelles définitives qui sont indemnisables ; la durée de l'incapacité temporaire et les complications qui peuvent survenir (par exemple ostéomyelite) rentrent dans la discussion médico-légale. C'est au médecin de fixer la date de la consolidation et ensuite le taux de l'invalidité, qui sera fonction du degré de l'invalidité.

Enfin nous avons *les blessures de guerre.* L'indemnisation d'une blessure de guerre tient compte, comme celle des blessures de droit commun, du dommage physique et du dommage économique. Elle répond donc à

un principe qui dépasse celui à la base de l'indemnisation en matière d'accidents du travail, laquelle ne vise pratiquement que la réparation du dommage fonctionnel. BONNET-ROY [2].

***

Nous nous trouvons devant une fracture du maxillaire inférieur consolidée. Tenant compte des idées générales plus haut développées, quelle devra être la règle à suivre pour apprécier le taux d'invalidité ? Nous savons que le maxillaire inférieur n'est utile que :

a) lorsque ses dents s'opposent aux dents de la mâchoire supérieure en s'articulant avec elles ;

b) lorsque la solidité et la mobilité de l'os sont respectées.

Il en résulte que les suites des fractures du maxillaire inférieur doivent être étudiées au point de vue des perturbations qu'elles apportent à la fonction masticatrice.

Ainsi, comme l'indique BONNET-ROY, plusieurs questions devront être étudiées et analysées par le médecin expert.

1° La première question est celle de la *consolidation de la fracture* ; y a-t-il perte de substance osseuse partielle ou totale et, dans cette seconde hypothèse, y a-t-il pseudarthrose lâche ou serrée ?

2° Y a-t-il *consolidation vicieuse* entraînant un trouble de l'articulé dentaire ou un obstacle à la mise en bouche d'une prothèse correcte.

3° Nous avons vu qu'un troisième élément intervient souvent dans l'étude de la fonction masticatrice, c'est *l'ouverture de la bouche*, qui peut être limitée, soit par les suites d'une ankylose temporo-maxillaire, soit par les conséquences d'une fracture de la

branche montante du maxillaire inférieur, soit enfin par des cicatrices fibreuses.

4° Une dernière question importante, combien de dents utilisables le blessé possède-t-il ? En un mot quel est son *coefficient de mastication* ?

L'appréciation du déficit dentaire et de la fonction masticatrice est un problème très délicat et complexe qui exige un travail très consciencieux. D'abord, une dent qui reste ne garde sa valeur que lorsque son antagoniste existe aussi. Ensuite, il y a lieu d'établir quelles dents ont été intéressées par le traumatisme et quelles sont celles qui avaient été extraites avant l'accident. L'évaluation ne se fera pas ici par une simple soustraction, car les conséquences fonctionnelles diffèrent d'un individu à l'autre en rapport avec l'état dentaire antérieur.

Un autre élément à considérer est l'application d'une prothèse qui sera d'une étendue différente chez chaque individu, donc entraînera des frais différents. Aussi faudra-t-il tenir compte, pour l'avenir, de l'usure de l'appareil, de son entretien et éventuellement, de son remplacement.

Ainsi, prenant en considération ces divers éléments, le médecin fixera le taux d'incapacité, qui, bien entendu sera moins grand dans le cas où le blessé est pourvu d'un appareil prothétique correctement établi et bien supporté.

Nous tenons surtout à attirer l'attention du médecin expert sur le fait, que les dommages dentaires ne doivent pas être codifiés d'une manière trop schématique, étant donné que *les dents n'ont pas toutes la même valeur*. Car si la mastication se fait avec les molaires, les autres dents interviennent dans la phonation ou dans l'esthétique, élément qui n'est

nullement négligeable dans certaines professions et surtout chez la femme et la jeune fille.

L'expert ne manquera pas d'attirer l'attention des juges sur tous ces éléments afin qu'ils puissent en tenir compte pour la fixation définitive du taux d'incapacité.

Pour établir leur valeur fonctionnelle, on a proposé d'attribuer aux différentes dents des coefficients donnés et ainsi on calcule le « *coefficient de mastication* ».

Pour évaluer le coefficient de mastication on a proposé de donner aux dents les valeurs suivantes :

Incisives	1	Prémolaires	3
Canines	2	Molaires	5

Soit, au total, pour un seul côté d'une seule mâchoire 25, d'où 100 pour l'ensemble des dents.

Pour une seule molaire enlevée, le coefficient normal de 100 perdra donc 5 points. Mais si son antagoniste était déjà manquante, on devra enlever 10 points, bien que l'accident n'ait été responsable que de la chute de la dent inférieure.

Par ailleurs, on tiendra compte, dans chaque déficit dentaire de la possibilité et de la qualité de la prothèse. Nous savons qu'aucune prothèse ne réalisera la *restitutio ad integrum*.

Mais en admettant qu'une bonne prothèse est acquise on se basera, en pratique civile, IMBERT [3] sur le taux suivant :

perte d'une à trois dents généralement antérieures.	5 %
perte d'un plus grand nombre de dents.	10 %

*
* *

En ce qui concerne *l'évaluation définitive* du taux d'invalidité de la fracture mandibulaire inférieure proprement dite, *il est rare qu'un taux supérieur à dix pour cent soit accordé.*

Nous avons pu constater que même dans *les fractures de guerre* (donc souvent avec pertes de substance), les dégâts en général ne sont pas très grands et ne provoquent que très rarement des troubles appréciables, surtout si le traitement intervient immédiatement et avec collaboration étroite du chirurgien et du chirurgien dentiste.

En pratique civile, les troubles définitifs d'une fracture du maxillaire inférieur sont très minimes, étant donné la rareté des pertes de substance totale et la symptomatologie si fruste des accidents, de ce fait, parfois méconnaissables. En règle générale, la consolidation se fait sans peine et sans dégâts appréciables.

La solidité de l'os mandibulaire doit s'obtenir dans un délai maximum de trois mois. Et même pendant ces longues semaines, s'il s'agit d'un accident de travail, le blessé n'est nullement indisponible pour le travail [IMBERT].

Au bout de trois mois, l'appareil de contention sera enlevé pour être remplacé par un appareil de prothèse qui nécessitera encore quelques semaines de traitement, mais qui, aux termes de la loi, n'est plus une obligation du patron vis-à-vis de son employé.

Les soins, nous l'avons pu constater dans nos expertises, s'étalent en général sur cinq à six mois. Pendant cette période, comme nous l'avons mentionné au début de notre exposé, l'invalidité ne peut être considérée comme totale et absolue. Le rôle de l'expert sera de faire la distinction des différents états dans lesquels le blessé se sera trouvé.

En résumé, nous voyons, qu'il importe de *distinguer la fracture proprement dite de la perte des dents* et de faire

une analyse séparée des dégâts provoqués par l'accident dans les deux cas. Mais, en ce qui concerne l'appréciation du taux de la réduction globale de capacité de fonctionnement, autrement dit, du taux définitif de l'invalidité, on ne pourra envisager les deux éléments précédents séparément, en faisant ensuite une addition pure et simple, car on aboutirait ainsi à des taux excessifs et à des résultats qui seraient en contradiction avec les données cliniques.

Un dernier point parfois important et très délicat pour l'appréciation du dommage subi est *la défiguration*. Rien n'est plus variable que le taux à accorder. On tiendra compte, dans ces cas, de la profession du sujet, de son âge, de son sexe, enfin de la nature de la cicatrice qui pourra devenir chéloïdienne ou être susceptible d'ulcérations. S'il s'agit d'accidents du travail, le préjudice esthétique a généralement peu d'importance, exception faite pour certaines professions telles que celles de garçon de café, d'artiste, etc.

Enfin le médecin expert aura toujours présent à l'esprit toutes les complications susceptibles de se produire dans l'avenir.

CHAPITRE III

EXEMPLES D'EXPERTISES

Les observations que nous nous sommes proposés d'étudier et de décrire ne sont pas des travaux personnels, mais en réalité une série d'expertises faites par nos Maîtres, ou des cas, que nous avons pu étudier dans les dossiers militaires mis à notre disposition au centre de réforme de Strasbourg (suites des blessures de la guerre 1914-1918). Dans tous les cas, nous nous sommes bornés à considérer les suites médico-légales des fractures et non leur évolution clinique ; nous verrons d'ailleurs que celle-ci est beaucoup moins compliquée en général.

***

Rapports d'Expertises mis à notre disposition par M. le Professeur CHAVIGNY, Professeur de médecine légale à la Faculté de Médecine de Strasbourg :

I. — Je soussigné CHAVIGNY Paul, Professeur à la Faculté de Médecine, commis par Ordonnance en date du..... de M. le Juge

d'Instruction à l'effet d'examiner Antoine X... et déterminer la nature, l'importance et la gravité des blessures de celui-ci ainsi que la durée de l'incapacité de travail, serment préalablement prêté, déclare que les résultats de mon expertise sont les suivants :

J'ai examiné Antoine X... à la date du ..... au Laboratoire de Médecine Légale.

Ce sujet qui avait été jusque-là, me dit-il, en bon état de santé avait déjà subi, il y a plusieurs années un traumatisme par coup de pied de cheval au niveau de la mâchoire inférieure, à droite de la ligne médiane. On constate à ce niveau l'existence d'une cicatrice quelque peu déprimée, mais pas de reliquat appréciable autrement.

A la date du ..... peu avant minuit, Antoine X... subissait le traumatisme dont il est question au dossier. Le lendemain matin, il se présentait à l'examen médical à la Clinique Chirurgicale A de l'Hôpital Civil de Strasbourg. Le traumatisme était jugé sans suites graves ultérieures, il était appliqué un bandage de contention de la fracture du maxillaire inférieure et le blessé n'était pas hospitalisé.

Antoine X... se présentait le lendemain à la Clinique Dentaire de la Caisse locale Générale des malades. Là encore, il était examiné, on lui appliquait de nouveau un simple bandage de contention. Il n'est pas hospitalisé et est en traitement ambulant, se présentant chaque matin à la visite de façon que l'évolution du cas pût être contrôlée.

Au cours de cette période de traitement à la Clinique Dentaire de la Caisse de Malades, il a été pratiqué, me dit le blessé, par deux fois, une radiographie, la première au 10e jour environ après l'accident et la seconde vers le 20e jour. A la suite de ces deux radiographies de contrôle, il n'a été pratiqué aucune intervention chirurgicale ni pose d'aucun appareil de contention.

A aucun moment, la fracture du maxillaire inférieur ne s'est accompagnée ni compliquée de chute de dents.

M. X... me dit qu'il n'a pu reprendre son travail de cordonnier qu'au 36e jour après l'accident. Pendant toute la durée du traitement et surtout pendant la première période il éprouvait une gêne très prononcée pour manger, soit pour ouvrir la bouche, et surtout pour mastiquer.

A la date du ....., je constate qu'on sent fort bien la trace du cal osseux qui s'est formé au niveau de la fracture, à la hauteur de la 2e molaire inférieure gauche. Pas de déviation de l'arc de la mâchoire. L'articulation se fait selon la normale avec les dents supérieures. La mastication complète de tous les aliments est possible.

En premier lieu, il m'apparait que la lésion dont il s'agit (fracture verticale de la branche horizontale gauche du maxillaire inférieur) est bien imputable au traumatisme subi. Il n'est en effet nullement rare de constater des fractures de cette sorte à la suite d'un coup de poing. Il faut assurément que le coup ait été porté avec une certaine violence, et par un individu assez vigoureux.

Il faut prévoir que c'est un blessé qui doit rester en traitement pendant un mois au minimum à l'hôpital sous surveillance attentive nécessité par le maintien en place exacte de l'appareil de réduction des fragments.

La durée du traitement qui a été subi est celui d'une fracture normale de cette sorte. Le traitement et l'incapacité de travail n'ont pas été indûment prolongés.

Le mode de traitement adopté est celui qui est suivi habituellement dans les cas de fracture simple de cette sorte.

On doit admettre que pendant les 36 jours, l'incapacité de travail a été sensiblement complète en raison de l'impossibilité de se nourrir comme normalement.

Actuellement la guérison est complète. Elle était telle à la date de la reprise du travail, au 37e jour après le traumatisme.

Il ne m'apparaît pas qu'il doive survenir de complications par la suite et je considère ce sujet comme complètement guéri.

***

II. — Je soussigné Chavigny Paul, Professeur à la Faculté de Médecine, commis par ordonnance en date du..... de M. le juge d'Instruction, à l'effet d'examiner les plaies et blessures dont est atteint Charles X...., serment préalablement prêté, déclare en honneur et conscience que les résultats de mon expertise sont fidèlement reproduits ci-après :

Charles X.... lequel se trouve actuellement en traitement à la Clinique Chirurgicale A, s'est présenté au Laboratoire de Médecine Légale le 27 avril à 14 heures.

Il me déclare que la rixe au cours de laquelle il a été blessé a eu lieu le 9 avril ..... Il aurait été blessé au visage par un coup de pied de banc ou par une sorte de rondin de bois.

Depuis qu'il est entré à l'Hôpital, il a été fait des radiographies des lésions osseuses dont il est atteint, et il me présente ces radiographies. Sur celles-ci on constate qu'il existe un double trait vertical de fracture siégeant sur le maxillaire inférieur, de part et d'autre de la ligne médiane, à distance sensiblement égale de celle-ci et à 8 cm. l'un de l'autre.

Cette fracture est actuellement appareillée et cet appareil maintient convenablement en place le fragment médian de la mâchoire inférieure. La mise en place de cet appareil date actuellement de huit jours.

Quand les lésions ont été produites par le coup ci-dessus décrit, il existait, me dit le blessé, une double lésion superficielle : L'une d'elles était une plaie verticale intéressant la lèvre inférieure, vers la commissure droite et longue de 4 cm. Cette plaie est maintenant complètement cicatrisée et sans déformation consécutive de la région, sans gêne des mouvements.

D'autre part, une autre plaie siégeait sous le menton, également à droite.

Cette plaie a mesuré 5 cm. de longueur et elle est incomplètement cicatrisée. Par cette plaie, m'a dit le chirurgien qui soigne ce blessé, il s'est évacué une petite esquille osseuse provenant du bord inférieur du maxillaire inférieur. Il est possible d'ailleurs qu'il s'en élimine d'autres et que la fistule actuellement existante persiste pendant un certain temps.

Si la consolidation se fait en bonne position, il est à prévoir qu'il ne persistera aucune infirmité définitive à la suite de cette blessure, mais il est trop tôt encore pour se prononcer et affirmer la guérison complète. Il est possible que la réduction, pour une cause ou une autre se fasse en mauvaise position, et alors, la mastication deviendrait difficile, peut-être même très gênée.

Il m'est donc impossible de fixer maintenant un taux d'invalidité puisque celui-ci est susceptible de varier entre des limites très larges.

***

III. — Je soussigné Chavigny Paul, Professeur à la Faculté de Médecine, commis par Décision en date du..... du Tribunal civil de..... à l'effet d'examiner M. X..., pour dire quelles ont été et le cas échéant, quelles sont encore les conséquences des blessures qui lui furent faites le 20 avril 1931, par Edouard M... et Martin N...., et d'indiquer notamment : quelle a été la durée de l'incapacité temporaire, totale ou partielle, si elle a été partielle, quel en était le taux et si elle laissait à X.... la faculté de surveiller ou de diriger son commerce, si la fracture du maxillaire inférieur, est consolidée, et depuis quand, s'il existe un épaississement et une dénivellation de l'arcade dentaire et si les molaires inférieures entrent en contact avec les molaires supérieures, dans la négative, si c'est par l'effet des coups portés, si la mastication s'accompagne de douleurs telles qu'elle soit difficile, si X.... souffre d'une maladie d'estomac ou d'intestins qui soit la conséquence des coups portés ; si les infirmités ou maladies consécutives aux blessures faites correspondent à l'un des cinq degrés énumérés à l'article 8 du contrat d'assurances signé les..... ; si elles sont curables, l'expert devant s'entourer de tous renseignements utiles, à charge d'en mentionner l'origine, devant prendre connaissance du dossier civil, du dossier correctionnel joint et des annexes des parties, — déclare, serment préalablement prêté — sont les suivants :

J'ai, au préalable, pris connaissance du dossier de cette affaire, puis également, d'une série de certificats ou copie de certificats médicaux, ces derniers documents étant remis entre mes mains au cours même de l'examen que je pratique du blessé à la date du 23 octobre, par les soins de Me Y..., avocat de M. X....

Comme document point de départ de cette affaire, je trouve au dossier :

a) Une copie du rapport d'expertise établi à la date du 23 février par le Dr Simonin, Professeur agrégé à la Faculté de Méde-

cine, ce rapport se terminant par les conclusions ci-après : « les coups reçus par M. X.... ont déterminé des lésions de la face et du maxillaire inférieur, ayant entraîné une incapacité de plus de vingt jours. — La fracture du maxillaire est complètement consolidée, mais il subsiste une gêne fonctionnelle de la mastication, d'où résulte une incapacité temporaire, que nous évaluons à vingt-cinq pour cent. Ce taux d'invalidité est susceptible de révision dans six mois, lorsque, comme il faut l'espérer, l'état de construction des mâchoires se sera amélioré. »

b) Une lettre adressée à la date du 19 février par le Dr Z.... au Dr Simonin et lui communiquant l'interprétation détaillée de l'examen radiologique effectué : « La ligne de fracture du maxillaire inférieur gauche, nettement visible sur l'ancienne radiographie que le malade m'a montrée, n'est plus visible. Elle est remplacée par de l'ostéosclérose. Il n'y a plus aucune ligne d'interruption. La guérison semble parfaite, uniquement, le contour inférieur ne forme pas la ligne droite habituelle, mais un angle correspondant à la face où aboutissait l'ancienne ligne de fracture. Pas de déplacements. »

La collection des divers autres certificats joints au dossier comporte :

1° Un certificat en date du 3 février indiquant une hospitalisation de M. X.... du 16 janvier au 3 février avec diagnostic : syndrôme postcommotionnels et douleurs dans la région maxillaire inférieure gauche.

2° Un certificat en date du 26 octobre, de constatation de la position des molaires inférieures gauches par rapport aux molaires supérieures gauches.

3° Un certificat en date du 16 septembre sous la signature du Dr X... indiquant l'existence de douleurs vives provoquées par la mastication, avec broyage insuffisant des aliments ayant provoqué des dyspepsies, des diarrhées et l'intéressé est de nouveau incapable de travailler depuis le 3 octobre.

4° Un certificat d'examen radiologique en date du 28 avril portant la mention : Fracture transversale de la base de l'apophyse articulaire.

5° Un autre certificat sous la signature du même Dr X..., et établi à la date du 24 février : « Je certifie que M. X... Albert présente encore toujours des symptômes d'une digestion bien insuffisante et dérangée. Vu la longue durée de l'affaire, il doit s'agir d'une gastrite chronique qui provient d'une mastication insuffisante. Cette mastication insuffisante est à mettre sur le compte des suites d'une fracture du maxillaire inférieur. Des douleurs souvent insupportables empêchent l'intéressé à faire les mouvements nécessaires pour mâcher les aliments d'une façon convenable et suffisante. En somme, il s'agit d'une fracture non guérie. — M. X.... a été incapable de travailler du 21 avril au 19 juin, puis, du 26 juin au 21 novembre enfin du 28 novembre au 13 février.

6° Un certificat en date du 15 février sous la signature du Dr Z..., mentionnant que M. X... souffre de troubles gastriques (gastrite chronique) provenant d'une mastication insuffisante.

Cette dernière est provoquée par les suites d'une fracture du maxillaire inférieur qui l'empêchent de faire les mouvements nécessaires pour une mastication normale.

Tous les certificats ci-dessus énumérés se trouvent figurer au dossier d'un côté en original, d'un autre côté en copies, celles qui m'ont été remises par les soins de Me Y...

Dans le dossier Correctionnel on trouve, annexée à l'original du Rapport médico-légal du Dr Simonin, la radiographie qui avait été faite à la date du 19 février par .....

Egalement dans ce dossier Correctionnelle, parmi les pièces d'information, figure un certificat médical, en date du 21 avril, sous la signature du Dr X..., disant les constatations immédiates faites chez M. X.... au lendemain même du jour où il avait été maltraité et battu à ..... en arrêtant un braconnier. Immédiatement, il a été constaté des écorchures et égratignures multiples, considérables, étendues, défigurant la figure d'une façon extraordinaire. Il y a une bosse sérosanguinolente au niveau du front droit, et ce qui est le plus essentiel, une tuméfaction au niveau de l'angle du maxillaire inférieur gauche. La bouche ne peut être ouverte sans douleurs et dans une mesure restreinte. Il se plaint de maux de tête. Il peut en résulter une incapacité de travail d'une durée de 4 semaines.

J'examine M. X.... à la date du 23 octobre. Par lettre en date du 4 septembre 1934, Me X..., avocat de la Cie d'Assurances « Z... » m'avait demandé à ce que sa Compagnie puisse être représentée à l'expertise par un médecin. Le Dr A..., désigné par elle, a assisté à l'expertise que je pratiquais le 23 octobre.

L'examen détaillé auquel je me suis livré m'a conduit à conclure qu'il n'était pas nécessaire de faire procéder, le 23 octobre, à une nouvelle radiographie de ce cas, les renseignements radiologiques contenus au dossier étant très suffisants, et surtout les termes de la conclusion du second examen radiologique, celui du 19 février, comportant qu'à cette date déjà, la fracture était entièrement consolidée.

Je constate d'abord que l'arc maxillaire inférieur n'a subi par le fait de la fracture, aucune déformation ou déviation de sa forme primitive, aucune dénivellation. L'arc maxillaire supérieur et l'arc maxillaire inférieur sont en situation normale, l'un vis-à-vis de l'autre.

Il existe un certain nombre de « manques » dans la denture. M. X.... déclare que la première grossse molaire supérieure gauche, ainsi que la deuxième incisive supérieure gauche seraient tombées dans un délai de un à deux ans après les traumatismes du mois d'Avril.

Je remarque qu'il n'est fait aucune mention au certificat ci-dessus relaté, datant du lendemain même des traumatismes, que des dents aient été ébranlées par celui-ci. Le temps très long écoulé entre le traumatisme et la chute des dents ne permet guère d'admettre comme vraisemblable que la chute de ces dents puisse se rattacher directement à la fracture du maxillaire inférieur. En

outre, et fournissant argument dans le même sens, il y a lieu de remarquer que les dents tombées dans les conditions ci-dessus relatées occupaient une situation éloignée du foyer de fracture, alors qu'au contraire les deux grosses molaires inférieures gauches, c'est-à-dire celles qui sont voisines du foyer de fracture existent encore à l'heure actuelle.

Je vais maintenant fournir l'état actuel de la dentition de M. X.... en précisant quelles sont les dents manquantes. Dans l'ensemble, la dentition de M. X.... est mauvaise car, au niveau des prémolaires et des grosses molaires les vides sont assez nombreux répartis d'ailleurs également à gauche et à droite.

A gauche : La deuxième incisive supérieure gauche manque. La première grosse molaire supérieure manque.

La deuxième grosse molaire supérieure est un chicot.

La troisième grosse molaire supérieure existe, mais à l'état rudimentaire.

En bas, les incisives et la canine sont au complet. Les deux prémolaires manquent depuis une date éloignée, antérieure à l'accident et que M. X.... ne peut fixer.

Deux grosses molaires inférieures gauches existent. Il ne peut être déterminé par l'examen direct si la troisième grosse molaire inférieure gauche a évolué.

A droite : *En haut*, les incisives et la canine existent et sont en bon état. Il manque une prémolaire et il n'existe qu'une seule molaire supérieure droite, une ou deux molaires supérieures droites manquent.

En bas, les incisives et la canine existent en bon état, mais il n'existe qu'une seule prémolaire et une seule molaire ; les autres manquent.

Au total, c'est donc une dentition très médiocre, et dans laquelle les « manques » sont au moins aussi nombreux à droite qu'à gauche.

Nous en arrivons maintenant à la question de la correspondance des dents les unes avec les autres en ce qui concerne le pouvoir de mastication.

Je ne donne de détails qu'en ce qui concerne la moitié gauche des maxillaires, puisque c'est le seul côté ou l'intervention possible des suites de la fracture puissent être prises en considération.

A gauche, la dernière molaire en bas s'affronte de façon utile avec la dernière molaire du haut. Il y a également un affrontement suffisant entre la première molaire en bas et la deuxième prémolaire en haut. La première molaire en bas s'affronte un peu obliquement, mais encore manière utile avec la deuxième prémolaire gauche en haut.

L'ensemble dentaire gauche donne donc un total qui peut assurer une trituration suffisante des aliments. Si la trituration à droite est très insuffisante, il ne peut pas être question d'en imputer la

faute au traumatisme d'Avril 1931. Il n'y a concordance qu'entre la dernière molaire du haut et la dernière molaire du bas.

M. X.... me déclare qu'il n'a jamais porté de dentier ni avant l'accident, ni depuis celui-ci.

Quand on en arrive maintenant à l'examen de la fonction, des mouvements de la mâchoire inférieure, on constate, par la palpation, qu'il est impossible de retrouver, soit au niveau de l'angle, soit sur le rebord inférieur du maxillaire gauche, aucune trace de l'encoche qui existait encore lorsque la radiographie du 19 février a été effectuée.

Sur demande qui est adressée à M. X... d'ouvrir le plus possible la bouche, on constate que dans la position extrême d'ouverture, l'intervalle entre les incisives supérieures et inférieures est de 1 cm. Mais il est nécessaire, je crois, de signaler que, en divers autres moments de l'examen, alors que son attention n'était pas spécialement attirée sur la difficulté d'ouvrir la bouche, il a fourni une ouverture qui donnait un intervalle de 3 cm. au minimum entre les incisives.

Il apparaît donc qu'il existe une différence du simple au double entre l'ouverture volontaire et l'ouverture involontaire.

D'autre part encore, M. X.... dit que dans les mouvements d'ouverture de la bouche, il éprouve, au niveau de l'articulation temporo-maxillaire gauche, des craquements. Ma main appliquée au niveau de cette articulation n'a perçu aucun craquement dans les divers mouvements consécutifs d'ouverture et de fermeture de la bouche.

L'état général de ce sujet est très bon. C'est un obèse. Sa taille est de 1 m. 68, son poids de 77 kg. 500 et son périmètre abdominal est de 102 cm.

En outre, examinant les ongles des mains, je n'y ai rencontré aucun de ces sillons transversaux que l'on rencontre d'ordinaire chez les sujets qui subissent des périodes de dénutrition.

L'aspect général du sujet est très bon, il ne se présente nullement avec le facies d'un individu en état de dénutrition, faute de pouvoir manger ce qui lui est nécessaire.

Tenant donc compte de toutes les données de cet examen, je suis conduit à souscrire absolument à la conclusion qui figurait au rapport d'expertise établi en Février par le Dr Simonin lorsqu'il disait : « Cette constriction ne reconnait pas de cause organique ou anatomique appréciable. Il se pourrait qu'il s'agisse là d'une manifestation d'ordre psychique ou mieux pithiatique, susceptible par conséquent de guérison par un traitement psychique approprié ».

La prolongation des contestations juridiques dans cette affaire me paraît confirmer de tous points ce qui avait été dit par le Dr Simonin en ce qui concerne un état mental spécial.

Mais, je me limiterai ici plus strictement à la question médico-légale pure, dans l'ordre anatomique et physiologique :

A mon avis, la fracture du maxillaire inférieur gauche n'a pas été la cause déterminente de chutes de dents ayant pu compromettre l'efficacité de la mastication du côté gauche.

La mastication est assurément loin d'être parfaite, mais elle relève, pour sa plus grande part d'une mastication plus imparfaite encore à droite qu'elle ne l'est à gauche.

L'état général de la nutrition de M. X.... est très bon, on pourrait même presque dire trop bon, car c'est un obèse.

Je ne m'inscris par conséquent nullement en faux contre cette affirmation que M. X.... aurait des digestions pénibles, qu'il aurait des gaz et qu'il serait atteint de diarrhées mais ce sont des constatations difficiles à assurer en Médecine légale.

Dans les conditions d'ensemble de l'examen que j'ai pratiqué rien ne me paraît établir d'une façon suffisamment certaine que les troubles dyspeptiques accusés soient sous la dépendance du traumatisme d'Avril...

Il s'agit en somme d'un cas absolument banal de fracture du maxillaire inférieur ayant évolué chirurgicalement de façon absolument simple et normale mais dont les suites se sont trouvées anormalement multipliées par un psychisme assurément défectueux. Il aurait été nécessaire que ce sujet fût sainement conseillé et encouragé à profiter au fur et à mesure des progrès anatomiques de la guérison.

La fixation des taux successifs d'invalidité est l'objet d'appréciations extrêmement multiples et très variées dans les différents certificats médicaux figurant au dossier.

En ce qui concerne la période qui a suivi immédiatement le traumatisme initial, période pendant laquelle il y a eu consolidation progressive de la fracture, pendant la période qu'on peut appeler chirurgicale, j'admettrai qu'en raison des difficultés très grande de l'alimentation pendant ce temps, il y a eu une incapacité de travail que j'estimerai de façon très large, très favorable, en la portant à cent pour cent pour une durée de deux mois allant du 20 avril au 19 juin. J'admettrai que pendant cette période également, il était très difficile à M. X.... de surveiller ou de diriger son commerce. Mais, cette période d'incapacité totale ne me paraît en aucun cas devoir être étendue au-delà de cette date du 19 juin. Ultérieurement, si une gêne de la mastication s'est continuée, elle était, comme cela a été établi ci-dessus, surtout d'origine psychique. En aucun cas, elle ne retentissait suffisamment sur l'état général du sujet pour créer une difficulté marquée de surveiller ou de diriger un commerce. Il pouvait par exemple y avoir dans la journée des périodes quelque peu difficiles, celles des repas, en dehors de cela faculté de travail était assez complètement récupérée.

A mon avis, il sera tenu un compte très suffisant de la gêne générale constatée en évaluant le taux d'incapacité de travail à vingt-cinq pour cent du 20 juin .... au 23 août ....

Bien qu'il n'y ait pas eu, à l'échéance de cette période de six mois, proposée par le Dr Simonin, un nouvel examen médico-légal du cas, je suis d'avis de tenir cette date pour celle de la consolidation médico-légale, par retour à un état normal suffisant.

J'en arrive maintenant à la question qui concerne le débat sur cette question : « les infirmités ou maladies consécutives aux

blessures faites correspondent-elles à l'un des cinq degrés énumérés à l'article 8 du contrat d'assurance signé les 25 et 28 juin .... »

Je ne répète pas tout le texte de cet article, il suffit de s'y reporter. Le point spécial général envisagé est celui-ci : « l'indemnité n'est due que pour les cas énumérés ci-dessus et ne peut être exigée que lorsque la mutilation a été reconnue définitive, c'est-à-dire après guérison complète ou cessation de tout traitement médical. »

La conclusion à laquelle j'ai abouti ci-dessus, qu'à partir du 23 août...., il y a eu consolidation médico-légale *par retour à un état normal suffisant*, indique qu'à mon avis, il n'y a aucune mutilation définitive.

D'autre part, en examinant les divers paragraphes de l'article 8 je constate :

que, à propos du 3e degré, il est fait mention de *l'ablation* de la mâchoire inférieure, ce qui n'est pas le cas ici,

que, à propos du 4e degré, il est fait mention d'une fracture *non consolidée* de la mâchoire inférieure, ce qui n'est pas plus le cas ici,

et comme dans les degrés suivants, 5e degré, il n'est pas fait mention d'un trouble résultant d'une ancienne fracture bien consolidée de la mâchoire inférieure,

donc, aucun des cas prévus par l'article 8 de l'assurance ne s'applique au cas de M. X....

***

IV. — Je soussigné Chavigny Paul, Professeur à la Faculté de Médecine, commis par décision en date du 13 janvier ...., de la Chambre Correctionnelle du Tribunal de 1re Instance de ..... à l'effet d'examiner M. Georges X...., déterminer quelles sont exactement les blessures causées par l'accident, quelles en ont été les conséquences dans le passé, et quelles en seront les suites pour l'avenir, indiquer, le cas échéant, l'incapacité qui pourrait exister et en indiquer le taux, déclare, serment préalablement prêté, que les résultats de mon expertise sont les suivants :

L'accident date du 26 octobre ....

Au dossier de cette affaire je trouve divers certificats médicaux qui, tous, sont sous la signature du Dr N....., médecin à .....

Le premier de ces certificats est en date du 28 octobre ..... Il indique que M. X.... présentait, à la suite de l'accident, une fracture de la mâchoire inférieure droite, avec plusieurs plaies petites, mais fortement contusionnées au côté droit du cou, puis, en outre, un certain choc nerveux.

Le second certificat, en date du 12 novembre ...., mentionne que, en raison de la fracture de la mâchoire et du port d'un appareil plâtré entourant la tête, M. Georges X.... était dans l'impossibilité de voyager et de comparaître en justice.

Un troisième certificat, à la même date que le précédent rappelant la fracture de la mâchoire inférieure, les blessures du cou et l'état de choc nerveux certifie que le blessé est incapable de travailler, et que cette incapacité de travail durera encore quelques semaines.

Le quatrième certificat, en date du 9 janvier ...., est plus détaillé que le précédent. Il rappelle la fracture de la mâchoire inférieure, les blessures du cou, et le choc traumatique. Il ajoute : « l'incapacité ouvrière complète, qui date du 26 octobre .... persiste encore et durera environ encore deux mois. » Le blessé, qui jusqu'à présent, n'a pu prendre que de la nourriture liquide ou semi-liquide a dû rester couché au lit pendant les premiers 10 jours environ. Il a ensuite dû porter un appareil plâtré entourant la tête pendant presque deux mois. La fonction de mastication ne se rétablira qu'après la consolidation complète de la mâchoire et après confectionnement d'une prothèse dentaire. La blessure aura encore des suites après la reprise du travail, le degré d'incapacité éventuellement permanente ne peut pas encore être indiquée. Il va sans dire que les douleurs et la gêne générale provoquées par cette blessure étaient considérables ».

J'ai examiné X.... à la date du 27 février.

J'apprends par lui que ce sujet, âgé de 48 ans, a d'abord été traité à l'Hôpital privé du Dr N..., à ....., pendant les 10 jours qui ont immédiatement suivi le traumatisme. Il est ensuite rentré chez lui. Quinze jours après l'accident il lui a été appliqué par le Dr N.... un appareil plâtré qui immobilisait le maxillaire inférieur. Cet appareil plâtré aurait été conservé en place pendant 12 semaines. Il n'a été ultérieurement utilisé aucun autre appareil prothétique.

X.... avait déjà perdu un grand nombre de dents du maxillaire supérieur, avant l'accident. Il me dit avoir perdu, du fait direct de l'accident les cinq dernières dents qui lui restaient au maxillaire supérieur et qui précisément, dit-il, se trouvaient dans la région droite, vers le niveau où le traumatisme a porté.

Le traumatisme du 26 octobre .... ne lui a fait perdre qu'une dent de la portion droite du maxillaire inférieur.

A aucun moment, il n'a été tenté de se servir des dents comme moyen de contension de la fracture du maxillaire inférieur, mais il faut dire que la disposition des dents restantes ne se traitait nullement à une prothèse de cette sorte. En effet, actuellement (de même que dans la période qui suivait immédiatement l'accident) il n'existait à la mâchoire inférieure que les 8 dents antérieures. Le trait de fracture passait immédiatement en arrière de la dernière dent encore existante à droite. Toute la portion postérieure du maxillaire inférieur droit ne possédait plus aucune dent.

Il restait deux molaires à la mâchoire inférieure, mais ces deux molaires étaient à gauche, et non à droite, par conséquent non utilisables comme point d'appui.

Les plaies externes dont il était question au premier certificat relaté plus haut (celui du 28 octobre ....) ont été, me dit le blessé, complètement cicatrisées en trois semaines environ, sans avoir nécessité de soins très particuliers.

Actuellement, on peut dire qu'il ne reste pas de trace visible de ces cicatrices. En prêtant une extrême attention, en regardant de très près, on voit qu'il existe peut-être dans les deux points indiqués par le blessé comme ayant été le siège des lésions, un très léger changement de coloration, en plus pâle que les téguments voisins, mais je serais incapable de certifier par l'examen objectif qu'il y a eu là des cicatrices. En tout cas, celles-ci ne provoquent aucune gêne. Il n'y a aucune réfraction, aucune adhérence profonde.

La palpation permet de se rendre compte qu'il existe bien la trace d'un trait de fracture verticale, du maxillaire inférieur droit immédiatement en arrière de la première petite molaire inférieure droite. La dénivellation entre le fragment inférieur et le fragment postérieur est presque insignifiante.

La lésion principale actuellement constatable, c'est une raideur articulaire de l'articulation temporo-maxillaire, raideur articulaire qui empêche très notablement l'ouverture de la mâchoire et qui réduit l'espace demeurant libre en avant à 2 cm. environ, mais il faut faire attention que cet espace libre n'est pas calculé comme habituellement entre les dents supérieures et les dents inférieures. En raison de l'absence totale des dents au maxillaire supérieur, la mensuration est prise entre le rebord alvéolaire supérieur et les dents inférieures. Cela veut dire que le mouvement d'écartement des deux mâchoires est très peu étendu, beaucoup moins que le signifierait un écartement de 2 cm. dans les cas habituels.

Mais, le fait qu'il n'existe plus de dents à la mâchoire supérieure élimine complètement la question de non engrènement qu'on est d'habitude obligé de considérer. La correspondance entre les quelques dents du maxillaire inférieur et le rebord du maxillaire supérieur correspond suffisamment pour que les aliments puissent être sectionnés par les dents antérieures, mais il ne peut ici être question de mastication à proprement parler.

Il y a parfaitement lieu de tenir pour véridique que ce malade allègue à propos de la façon dont il a du être alimenté depuis qu'il a été blessé. Il ne peut prendre qu'une nourriture liquide ou semi-liquide.

Ce fait était d'ailleurs certifié au 4e certificat mentionné plus haut, celui du 9 janvier ....

A la date à laquelle je pratique l'examen, le blessé me fait état d'aucun signe de choc nerveux et il ne me paraît pas y avoir lieu de faire intervenir cette question à l'appréciation du dommage subi.

Il a été impossible jusqu'ici de construire un appareil dentaire qui puisse suppléer à la perte des dents. En raison du défaut d'écartement des mâchoires, il est impossible soit de prendre des empreintes, soit de mettre en place aucun appareil.

La question qui se pose actuellement est la suivante :

L'immobilisation presque complète de la mâchoire inférieure est-elle le fait d'une fracture ayant intéressé l'un ou l'autre des condyles temporo-maxillaires, ou est-ce une raideur articulaire par immobilisation pendant la période de traitement de la fracture.

Rien n'est venu indiquer qu'il y ait eu fracture des condyles.

Il apparaît dans ces conditions qu'il s'agit d'une raideur articulaire consécutive à l'immobilisation, mais alors cette raideur articulaire a toute chance de céder peu à peu aux efforts que le malade fera par la suite pour ouvrir la bouche.

Jusqu'ici, ce blessé ne paraît avoir bénéficié de la mobilisation du maxillaire inférieur que dans des proportions infimes, mais il est encore trop tôt pour savoir si cette immobilisation persistera par la suite au même degré que maintenant. Il est donc impossible actuellement de déterminer quel sera pour l'avenir, d'une façon à peu près exacte le taux de l'invalidité permanente partielle ou même si cette invalidité permanente partielle existera.

Dans ces conditions de doute, je ne peux fixer que les taux d'invalidité jusqu'à la date actuelle, et déclarer que c'est un malade à revoir dans un délai de trois mois.

Les taux d'invalidité s'échelonnent à mon avis de la façon suivante depuis l'accident :

Incapacité de travail de cent pour cent du 26 octobre .... au 31 janvier .... ;

incapacité de travail de cinquante pour cent du 1er février .... au 28 février .... ;

invalidité de quarante pour cent à partir du 1er mars ...., invalidité à fixer à nouveau quant à sa durée ultérieure, lorsque je reverrais ce malade dans un délai de trois mois.

***

V (*Suite de l'expertise précédente*). — Je soussigné Chavigny Paul, Professeur à la Faculté de Médecine, commis par décision en date du 31 mars .... de la Chambre Correctionnelle du Tribunal de 1re Instance de ....., à l'effet de procéder à un nouvel examen de M. Georges X... et terminer ainsi les constatations qui avaient été commencées antérieurement et relatées à mon précédent rapport d'expertise établi à la date du 28 février ...., déclare, serment préalablement prêté que les résultats de mon expertise sont les suivants :

Je rappelle que l'accident remonte à la date du 26 octobre .... et que, à la fin de mon rapport d'expertise précédent j'avais indiqué que le taux d'invalidité, pour la dernière période était de quarante pour cent à partir du 1er mars ...., et j'ajoutais que l'invalidité devait être fixé à nouveau quant à son taux et à sa durée ultérieure lors d'un nouvel examen du malade dans un délai de trois mois.

J'examine à nouveau M. X.... à la date du 1er juin .... Son état général est assez satisfaisant. Il m'indique que depuis la date de l'accident, il avait d'abord maigri de 35 livres environ en raison de la difficulté très grande qu'il éprouvait à se nourrir d'une façon suffisante. Dans la période suivante, il aurait repris 15 livres de poids, mais il lui reste toujours un déficit approximatif d'une vingtaine de livres sur son poids primitif.

Actuellement, c'est un sujet qui est presque maigre. Il me dé-

clare que depuis un mois environ il souffre de l'estomac et qu'il présente de la diarrhée. Il attribue ces deux troubles à la difficulté qu'il éprouve à mastiquer les aliments. En réalité, dit-il, son régime alimentaire reste presque exclusivement liquide. Il essaie de temps en temps de mastiquer un peu de pain, mais il n'y parvient que très difficilement.

Depuis l'examen précédent, la situation s'est améliorée en ce qui concerne l'ouverture des mâchoires, l'abaissement du maxillaire inférieur. J'avais signalé précédemment que l'ouverture se limitait à environ deux centimètres entre le *rebord alvéolaire* supérieur et *les dents* inférieures.

Entre temps, et depuis l'examen précédent, M. X... a pu être appareillé, ce qui avait été totalement impossible jusque là, faute de pouvoir pénétrer suffisamment entre les deux maxillaires.

A la date du 1er juin, il y a mouvement d'ouverture entre les deux mâchoires équivalent à 2 travers de doigt.

Il est alors possible de profiter de cette ouverture de la mâchoire pour pratiquer une radiographie. On constate, sur les clichés radiographiques qu'il existe une fracture de la partie antérieure de la branche horizontale droite du maxillaire inférieur, et que la fracture, en ce point est bien consolidée.

Mais la radiographie révèle en outre qu'il y a eu fracture du condyle du côté droit.

De la présence de cette *double fracture*, il résulte qu'il se fait une déviation très marquée du menton vers le côté gauche pendant les mouvements d'abaissement, d'ouverture du maxillaire inférieur. Les mouvements de mastication sont donc plutôt un mouvement de glissement oblique qu'un mouvement de trituration selon la verticale. Il y a donc, en réalité, une gêne très marquée de la mastication.

Il manque : 7 dents, dont 6 au maxillaire supérieur et 1 au maxillaire inférieur. La prothèse a été possible et actuellement M. X... a en sa possession un dentier complet, mais ce dentier ne permet qu'une mastication bien imparfaite. Le résultat fonctionnel est simplement passable, avec ce dentier.

Nous pouvons considérer qu'actuellement, à partir du 1er juin, la consolidation médico-légale est acquise. Pour estimer quel est le taux d'incapacité permanente partielle due à cette lésion, je proposerai le chiffre de trente-cinq pour cent, à partir du 1er juin .... Ce chiffre de trente-cinq pour cent est d'ailleurs celui qui correspond aux lésions constatées ici, en les évaluant conformément aux données du barème d'invalidité du Ministère des Pensions.

Rapport d'Expertise mis à notre disposition par M. le Dr Romey, Directeur de la clinique dentaire de Strasbourg :

VI. — Nommé Expert dans l'affaire X... j'ai examiné le jeune X... victime d'un accident d'automobile survenu le 3 septembre .... à .....

Ce jeune homme a été atteint d'une double fracture du maxillaire, un trait de fracture siégeant au niveau de l'incisive centrale et latérale inférieures droites, l'autre au niveau du col du condyle du côté droit. Il a été traité par bloquage inter-maxillaire, le traitement a duré du 4 novembre .... au 21 décembre ....

Actuellement les fractures sont très bien consolidées, l'engrènement des dents est normal. Les mouvements d'ouverture et de fermeture sont à peu près normaux. Il persiste une fistule gingivale vestibulaire au niveau de l'incisive latérale du côté droit. Cette dent qui est fracturée doit être extraite et la région curretée. La centrale qui se trouvait également dans le trait de fracture devra aussi être extraite car il existe au niveau de la région apicale un foyer de raréfaction osseuse très visible à la radiographie.

L'avulsion de ces deux dents nécessitera la confection d'une prothèse fixe s'appuyant sur les dents voisines. Cette prothèse peut être évaluée à fr. N....

Les dents qui sont appelées à supporter cette prothèse devront être dévitalisées et de ce fait ne peuvent plus être considérées comme des dents normales. Dans ces conditions en tenant compte des fractures bien consolidées, de la perte des dents et de la nécessité du port d'une prothèse nous évaluons l'incapacité de Monsieur X.... à 10 % la prothèse étant effectuée.

L'Expert :

●

Rapports d'Expertises du centre de réforme de Strasbourg (suites des blessures de la guerre 1914-1918) :

VII. — Jules X.... taux d'invalidité : dix pour cent.

Séquelles d'une fracture de la branche horizontale droite du maxillaire inférieur. Bonne consolidation. Ouverture normale de la bouche. Perte de toutes les dents de l'hémiarcade supérieure droite et de la première incisive supérieure gauche. Etat stationnaire. Porte appareil prothétique. Cicatrice en forme d'étoile au niveau de la branche horizontale droite du maxillaire inférieur. La cicatrice est adhérente à l'os, épaissi en cet endroit.

VIII. — François G.... taux d'invalidité dix pour cent.

Fracture ancienne de la branche montante droite du maxillaire inférieur. Perte de substance. Ouverture de la bouche normale avec légère déviation à droite lors de l'ouverture de la bouche. Perte de sept dents. Gêne de la mastication. Pas de défiguration appréciable. Pseudarthrose serrée, permettant l'ouverture de la bouche et les mouvements de la mastication. Pas de constriction des mâchoires. Le blessé accuse une mastication difficile d'aliments fermes par défaut de concordance des arcades dentaires.

IX. — Georges D.... taux d'invalidité dix pour cent.

1re expertise : Séquelles d'une blessure de la face par balle avec fracture de la branche horizontale du maxillaire inférieur, bien consolidée. Les mouvements d'ouverture et de fermeture de la bouche sont normaux. Perte de huit dents. Prothèse possible dans de bonnes conditions.

2e expertise : Consolidation vicieuse d'une fracture du maxillaire inférieur (branche horizontale) avec cal proéminant provoquant une légère défiguration. Perte traumatique de neuf dents. Assez bon engrènement des dents restantes. Bonne ouverture de la bouche.

X. — Georges S.... taux d'invalidité dix pour cent.

Blessé au fort de Vaux par un éclat d'obus à la mâchoire inférieure au niveau de la commissure labiale gauche. Le maxillaire a été fracturé au niveau de la deuxième molaire gauche. Actuellement le blessé présente une cicatrice opératoire oblique de haut en bas et de dedans en dehors partant de la commissure labiale gauche. A la base on trouve une perte de substance osseuse, triangulaire, comprenant les alvéoles de la prémolaire et des deux premières molaires gauches à une hauteur de 1 cm. 5, de la branche montante du maxillaire gauche. Perte de la première molaire droite ; les incisives latérales gauches et droites et la canine inférieur gauche sont brisées. Les racines conservées ont reçu des couronnes de prothèse. Les dents absentes et l'esquille maxillaire sont remplacées par un appareil. L'ouverture de la bouche est normale, la mastication assez facile. Pas de troubles digestifs.

XI. — Marcel B.... taux d'invalidité : dix pour cent.

Séquelles d'une fracture sous condylienne gauche, du maxillaire inférieur par coup de pied de cheval. Légère déformation au niveau de la région sous condylienne gauche. Légère déviation du même côté lors des mouvements d'ouverture de la bouche. Perte de cinq dents.

XII. — Joseph H.... taux d'invalidité : vingt pour cent.

Séquelles d'une blessure de la face par une balle avec transfixion de la base de la langue. Fortes adhérences de la langue aux piliers

antérieurs. Gêne de la mastication et de la parole. Perte de substance osseuse au niveau du bord inférieur de la branche horizontale droite. Etat stationnaire.

XIII. — Charles P.... taux d'invalidité : trente pour cent.

Séquelles d'une ancienne fracture de l'os maxillaire inférieur. Perte de huit dents molaires. Défiguration du premier degré, par cicatrice horizontale, déprimée, partant de la commissure labiale gauche. Gêne de la mastication. Les mouvements de la mâchoire sont limités. Les arcades dentaires supérieures et inférieures ne concordent pas exactement.

XIV. — Marcel M.... taux d'invalidité : quarante pour cent.

Séquelles d'une fracture double du maxillaire inférieur avec blessure de la langue. Gêne de la mastication et troubles de la parole. Perte d'une vingtaine de dents. Ouverture de la bouche limitée à deux centimètres. La mastication de la viande et du pain est impossible. Troubles dyspeptiques. Etat général médiocre.

XV. — Michel G.... taux d'invalidité : soixante-quinze pour cent.

Ancienne fracture de la branche horizontale du maxillaire inférieur droit. Paralysie faciale périphérique droite, pratiquement totale. Disparition des rides. Impossibilité de l'occlusion de l'œil droit. Gêne fonctionnelle marquée de la parole et de la mastication. Bride cicatricielle au niveau de la commissure labiale gauche. Bride cicatricielle entre la langue et le plancher buccal. Perte de toutes les dents. Déviation du menton vers la gauche. Prothèse possible et indiquée.

CONCLUSIONS

Dans ce travail nous nous sommes proposés d'étudier les règles d'évaluation de l'incapacité dans les fractures du maxillaire inférieur.

I. — Les suites des fractures du maxillaire inférieur sont intimement liées à la qualité du traitement : avec un traitement approprié, le pronostic est habituellement très favorable. Le but thérapeutique à atteindre est de rétablir les fonctions délicates que remplit le maxillaire dans la mastication, la phonation, la déglutition. D'où la nécessité d'éviter la constriction des mâchoires et d'obtenir la consolidation du maxillaire fracturé avec un articulé dentaire normal.

La collaboration étroite entre le chirurgien et le chirurgien-dentiste s'impose donc dès le début du traitement.

II. — Dans l'expertise médico-légale des fractures ; du maxillaire inférieur deux périodes sont à distinguer :

a) *la période chirurgicale,* pendant laquelle on assiste à la consolidation progressive de la fracture ;

b) *la période de la consolidation médico-légale,* où l'on constate généralement le retour à un état normal suffisant.

Durant la première période le médecin fixera *des taux*

successifs d'invalidité, suivant l'évolution de l'accident, les soins s'étalant en général sur cinq à six mois.

Lorsque la fracture est consolidée, *le degré d'incapacité permanente* reste à établir. Il est rare que cette incapacité permanente atteigne un taux supérieur à dix pour cent.

III. Pour déterminer le taux de *la réduction globale de capacité* il est à noter, que l'existence simultanée de deux ou plusieurs lésions ne comporte jamais ici une analyse séparée des dégâts subis, et une addition pure et simple des taux partiels considérés séparément. Ce procédé ménerait le plus souvent à des résultats en contradiction avec les données cliniques.

Il importe néanmoins de *distinguer la fracture proprement dite de la perte des dents* ; cette dernière provoque toujours, à un degré variable, une gêne de la mastication.

En règle générale, nous pensons, avec Dechaume [4], que l'expert doit se montrer sévère dans l'appréciation du déficit réel causé par ces fractures, étant donné leur pronostic habituellement favorable ; en revanche, il fixera largement les taux d'évaluation des dents, car chaque perte de dents constitue un trouble sérieux qui ne peut que s'aggraver dans l'avenir.

IV. L'expertise des fractures du maxillaire inférieur est souvent délicate. Ces difficultés particulières d'appréciation tiennent aux fonctions multiples de l'appareil mandibulaire : *ouverture de la bouche, phonation,* enfin *mastication,* cette dernière comportant elle-même plusieurs éléments :

a) un articulé dentaire normal ;
b) la présence des dents et de leurs antagonistes ;
c) la solidité de l'arc osseux ;
d) sa mobilité.

La fixation d'un taux d'invalidité définitive équitable nécessite donc une analyse très serrée de chaque cas en s'inspirant des principes que nous avons précédemment rappelés (Chap. II).

Dans les fractures du maxillaire inférieur plus qu'ailleurs, *les barèmes* (voir appendice) *n'ont qu'une valeur d'orientation*. C'est le rôle de l'expert de prendre en considération tous les éléments du problème et d'attirer, s'il y a lieu, l'attention des juges sur des points, tels que *l'âge de la victime, son sexe, sa profession, le préjudice esthétique, le pretium doloris*, etc., points qui tous, peuvent avoir leur importance en ce qui concerne la fixation du taux de l'incapacité permanente.

APPENDICE

BARÈMES

D'après L. MAYET [5].

Fractures.

Eléments dominants de l'invalidité partielle et permanente :

Consolidation vicieuse avec défaut d'engrènement.

Non consolidation et mobilité par pseudarthrose.

Gêne de la mastication. Prolongation du temps nécessaire aux repas.

Dénutrition. Perte des forces.

Fracture normalement consolidée	0 % à 5 %
Fracture vicieusement consolidée avec engrènement partiel entre les dents inférieures et les dents supérieures et gêne notable de la mastication	5 % à 15 %
Id. — Avec engrènement très réduit ou inexistant	15 % à 45 %

Pseudarthroses.

a) *Très lâche* (mastication tout à fait insuffisante ou complètement abolie)	40 % à 60 %
b) *Plus serrée* (mastication plus ou moins entravée) :	
b') *Branche montante* : pseudarthrose très serrée laissant à l'articulation temporo-maxillaire du même côté toute l'amplitude de ces mouvements	5 % à 10 %
Pseudarthrose plus lâche	15 % à 25 %
b'') *Branche horizontale* : pseudarthrose très serrée	10 % à 20 %
Pseudarthrose lâche	20 % à 30 %

b''') *Portion symphysaire* : pseudarthrose très serrée..... 15 % à 20 %
Pseudarthrose lâche..... 20 % à 40 %

Constriction des mâchoires.

Incurabilité, toutes interventions pratiquées avec :
Ouverture maxima, libre, utilisable entre les dents, inférieure à dix millimètres..... 60 %
— Entre dix et vingt millimètres..... 25 %
— Au-dessus de vingt millimètres..... 5 % à 20 %
Luxation irréductible de la mandibule... 40 %

Perte des dents.

Eléments dominant de l'I.P.P. :
Réduction de la surface masticatrice.
Gêne de la mastication. Prolongation du temps nécessaire aux repas.
Troubles gastriques. Perte de forces.
Entretien, remplacement d'un dentier.
Coefficient professionnel esthétique, dans certains cas.

Perte d'une, deux ou trois dents..... 0 % à 5 %
L'indemnisation représente plutôt ici l'entretien de l'appareil prothétique, qu'une invalidité par réduction de la surface masticatrice et troubles de la mastication.

Perte de la moitié des dents avec possibilité de prothèse..... 10 %
— Appareillage impossible..... 25 %
Perte complète ou presque complète des dents avec possibilité de prothèse..... 15 %
— Appareillage impossible..... 40 % à 50 %

***

D'après le « Guide-barème indicatif des invalidités » (Décret du 24 Mai 1939, *Journal officiel* du 8 juin 1939) :

I. **Vastes mutilations.**

Perte du maxillaire inférieur dans la totalité de sa portion dentaire..... 90 % à 100%

II. **Mutilations limitées.**

Pour évaluer l'incapacité fonctionnelle déterminée par une mutilation des maxillaires, il faut tenir compte de trois éléments :

1° Le nombre des dents conservées et utilisables ;

2° La possibilité ou l'impossibilité d'une prothèse susceptible de rétablir un *coefficient de mastication* suffisant. (Le coefficient de mastication s'établit suivant les règles suivantes. On attribue à chaque dent un coefficient particulier : Incisive 1
Canines 2
Prémolaires 3
Molaires 5

et on totalise les points représentés par les dents existantes ayant une homologue sur la mâchoire opposée) — cet élément étant déterminé par l'état de consolidation (pseudarthrose) et par l'état de l'articulé dentaire.

3° L'éventualité d'une intervention réparatrice, ayant des chances d'améliorer de façon appréciable l'état fonctionnel, l'évaluation devant être d'autant plus large que ces chances sont plus discutables.

4° Les taux ci-dessous devront s'ajouter à l'incapacité déterminée par la perte des dents évaluée séparément quand celle-ci entraîne par elle-même une aggravation fonctionnelle.

Maxillaire inférieur.

I. *Consolidations vicieuses* :

1° Consolidation vicieuse avec trouble grave de l'articulé dentaire, ne permettant pas la pose d'une prothèse (majorant le déficit dentaire)..... 15 % à 20 %

2° Consolidation vicieuse entraînant un trouble léger de l'articulé dentaire ou compatible avec une prothèse (majorant le déficit dentaire)..... 5 % à 10 %

II. *Perte de substance et pseudarthrose* :

1° Vaste perte de substance avec pseudarthrose très lâche ne permettant ni la mastication ni la pose d'une prothèse (y compris le déficit dentaire)..... 60 % à 85 %

2° Pseudarthrose plus serrée, suivant la possibilité de mastication et de prothèse et, suivant son siège, d'après le détail ci-dessous (majorant le déficit dentaire).. 0 % à 25 %

Pseudarthrose serrée de la branche ascendante 0 % à 5 %
— lâche — — 10 % à 15 %
— serrée — horizontale. 5 % à 10 %
— lâche — — 15 % à 25 %
— serrée de la région symphysaire. 10 % à 15 %
— lâche — — 15 % à 25 %

3° Perte de substance partielle de l'arcade dentaire permettant une prothèse fonctionnellement bonne (majorant le déficit dentaire)..... 0 % à 5 %

Dans tous les cas douteux il est recommandé de ne formuler une évaluation définitive qu'après un délai permettant d'apprécier l'accommodation du blessé à la prothèse.

Articulation temporo-maxillaire :

1° *Ankylose osseuse* permettant à peine le passage des liquides.....	80 % à 90 %
2° *Luxation irréductible* (suivant l'engrènement dentaire dans l'occlusion maxima, s'il reste des mouvements possibles....	10 % à 50 %
3° *Luxation récidivante* (suivant la fréquence et la gravité des récidives et suivant la gêne fonctionnelle).....	5 % à 20 %

Constriction des mâchoires :

1° Ecartement intermaxillaire inférieur à 10 $\frac{m}{m}$ suivant les causes de la constriction (lésions musculaires, brides cicatricielles, etc.).....	20 % à 80 %
2° Ecartement inter-dentaire de 30 $\frac{m}{m}$ à 10 $\frac{m}{m}$.....	5 % à 20 %
3° Troubles surajoutés éventuellement du fait des brides cicatricielles entravant l'hygiène buccale, la prononciation, la perte de la salive, etc., majoration de	10 % à 20 %

Dents

1° Dans les cas complexes à l'incapacité déterminée par la perte des dents, s'ajoute l'incapacité déterminée par les troubles anatomiques (pseudarthrose, consolidation en mauvais articulé, constriction permanente des mâchoires, etc.) qui rendent la prothèse difficile ou impossible.

2° Dans les cas simples où la perte des dents est la seule conséquence du traumatisme on admettra que la perte d'une ou de deux dents n'entraîne pas d'incapacité permanente, sans réserve de l'état antérieur de la denture et de la profession exercée par le blessé (chanteurs, musiciens, etc., et métiers où le dommage esthétique peut intervenir comme élément d'incapacité).

Dans le cas où le déficit dentaire dépasse deux dents on évaluera le taux de l'incapacité en attribuant à la perte de chaque dent le coefficient de :

1 pour les incisives et canines,
1,25 pour les prémolaires,
1,50 pour les molaires.

Le taux ainsi obtenu sera réduit de deux tiers si le blessé est muni d'une prothèse correctement établie et bien supportée, le remplacement des dents par un appareil ne réalisant pas la « restitutio ad integrum » mais améliorant, de façon très appréciable, l'état fonctionnel.

BIBLIOGRAPHIE

ACHARD (P.). — Fractures verticales de la branche montante du maxillaire inférieur (*Rev. de Stomatologie*, N° 5, Mai 1934).

ALLODI (F.). — Della cura nelle frattura della mandibola con alcune considerazioni medico-legali nei riguerdi della valutazione (*Rassegna d. prev. sociale* 18 : 37-50, Janv. 1931).

AUBRÉGNAN (M.). — Appareil extra-buccal de contention pour les fractures du maxillaire inférieur (*Bull. et mémoires de la Soc. des chirurgiens de Paris*, N° 5, Séance du 17 mars 1933).

BAUMECKER. — BRUMARIUS. — Les toracion of masticatory functions after maxillary fractures résults obtained in Surgical clinic in Greifswald relation to accident insurance (*Arch. f. orthop. v. Unfall. chir.* 33 : 536-543, 1933).

BERCHER (J.). — Présentation d'un appareil d'ostéo synthèse externe pour les fractures du maxillaire inférieur (*Sté française d'orthop. dento fac. Réunion Toulouse*, Mai 1934. — *Rev. de Stom.* N° 8, 5-1934).

BERCHER (J.). — Propos sur les fractures du maxillaire inférieur (1 vol. in-12, 138 pages et 31 fig. in : *Etudes publiées sous la direction du Dr Herpin. Edit. La Semaine dentaire*, rue du Hanovre, 12, Paris).

BERTRAND (P.). — FREIDEL (Ch.). — Conduite à tenir en présence d'une fracture sans perte de substance du corps du maxillaire inférieur (*Le bulletin médical*, p. 585, 22 août 1931, N° 34).

BÉZIERS (J.). — Les fractures fermées du condyle du maxillaire inférieur (*Thèse de Paris*, 1931. — *Jouve et Cie Edit.*, 15, rue Racine).

BONNET-ROY (F.). — Fracture du maxillaire inférieur (*Bull. médical suppl.*, N° 47, du 19 nov. 1932).

BONNET-ROY (F.). Note relative à l'évaluation des lésions maxillo-faciales et dentaires en matière d'accidents du travail (*Annales de Méd. Légale*, Nov. 1938, p. 685), [2].

CADENAT. — A propos de deux cas de fractures simples du maxillaire inférieur (*Bull. et mém. de la Sté de Chirurg. de Toulouse*, N° II, 1er juin 1931).

COURBOULES. — Ligature successive de l'artère carotide externe et carotide primitive pour une fracture communitive du maxillaire inférieur (*Sté de Chirurg. de Bordeaux*, séance du 3 septembre 1930).

CROCQUEFER. — Conduite à tenir en présence des fractures du maxillaire inférieur (*La sem. dentaire*, N° 12, 25 mars 1934).

CHENET. — Dispositif de maintien d'appareil de fracture des maxillaires (*Comm. faite à la Sté d'Odontologie de Paris*, 5 mai 1931).

DARCISSAC. — Traitement orthopédique pour appareillage extra-buccal d'une fracture para-médiane du maxillaire inférieur chez un enfant de 11 ans (*Revue Odontologique*, Nov. 1931).

DECHAUME. — Fractures sous périostées du maxillaire inférieur (*Revue de Stomatologie Paris*, N° II, Novembre 1931).

DECHAUME et DEROBERT. — L'expertise en stomatologie (*Masson et Cie édit.*, 1937).

DECHAUME (M.). — Evaluation des lésions maxillo-faciales et dentaires en matière d'accidents du travail (*Annales de Méd. Légale*, 1939, p. 61), [4].

DEMEY (J.). — Un cas de fracture double du maxillaire inférieur bien consolidée par simple application d'une fronde ment. (*La Sem. dentaire*, N° 45, 12 novembre 1933).

DIMITRECO. — Etudes des fractures balistiques du maxillaire inférieur (*Thèse de Paris*, 1932).

DUCHANGE. — Les fractures du maxillaire inférieur en pratique (*Thèse de Paris*, 1925).

DUFOURMENTIEL et DARCISSAC. — Un cas de fracture du maxillaire inférieur chez un édenté total, réduction et contention par le procédé des anses métalliques transosseuses avec attelle externe extensible (*Bull. et Mém. de la Sté des Chir. de Paris*, N° 7, 5 mai 1933, t. XXV).

ELICEGUI (D.). — Incapacidad para el trabejo para dobbe fracture del maxilar inferior (*Rev. Assoc. Méd. argent.*, 47 : 2706-2712, June 1933).

FREIDEL. — Traitement des fractures du corps du maxillaire inférieur (*Thèse de Lyon*, 1930-1931).

FREY (L.) et LEMERLE (G.). Pathologie des dents et de la bouche (*BAILLIÈRE et fils*, Paris, 1918).

FRISON (L.). — Présentation d'un malade atteint de fracture du maxillaire inférieur (*La Rev. d'Oton.*, Juillet-Août, p. 527, N° 7-8, 1931).

Gillies (Hatold) et Mac Indoe. — Les complications chirurgicales tardives des fractures du maxillaire inférieur (*The Brit. Med. Journ.*, 9 déc. 1933, N° 3.805, in : *Journ. de Chirurg.*, N° 3, Septembre 1934, p. 443).

Ginestet (G.). — L'ostéosynthèse par fixateur externe pour les fractures du maxillaire inférieur (*Rev. de Stomatologie*, N° 5, Mai 1934).

Goinard (P.) et Curtillet (A.). — La fracture du maxillaire inférieur à l'union de la branche montante et du corps (*Le Bull. Méd.*, N° 29, 21 juillet 1934).

Gomez. — Fractures du maxillaire inférieur (*Bol. y tub. de la Sté de Cir. de Buenos-Aires*, N° 13, 5 septembre 1933).

Guirimond. — Du blocage des mâchoires dans le traitement des fractures du maxillaire inférieur (*Thèse de Lyon*, 1920).

Hanzanjan (V.-H.). — Injuries to face and jaxs resulting from automobile accidents (*Fr. au. acad. ophth.*, 38 : 275-308, 1933).

Hazanjan (V.-H.). — Treatment of automobile injuries of face and jaws (*J. Am. Dent.*, A. 20 : 757-773, May 1933).

Imbert (L.). — Accidents du travail. *Masson et Cie Edit.*, 1939, [3].

Ipsen. — Un traitement des fractures du maxillaire inférieur (*Zentral. fur chirurg.*, N° 49, 9 décembre 1933).

Jacques et Rosenthal. — Fracture insolite du maxillaire inférieur (*Sté Méd. de Nancy*, p. 160, séance du 11 février 1931).

Kalineyko. — Un cas d'emploi fautif de l'extension de Faltin dans les fractures de la machoire inférieure (*Westrick Chirourq*, N° 101-102, 1934).

Mayet (L.). — Barème pour l'évaluation sommaire de l'incapacité partielle et permanente résultant des accidents du travail, [5].

Ozulynski (W.). Médicological expertise in injury of testh and Jaws (*Polska gazeta lek.*, 13 : 510-512, July, 1-1934).

Pacaud (H.-E.-L.). — Ostéomyélite du maxillaire inférieur avec fracture spontanée chez un hérédo-syphilitique (*Revue de stom.*, 32 : 785-790, Oct. 1930).

Pardo et De Tavera. — Fractura comminata expiesta del maxilar inferior (*Semana Med.*, 2 : 598-599, Aug., 21.1930).

Ponroy, Psaume, Dechaume et Maleplatte. — Fracture bilatérale du maxillaire inférieur cliniquement méconnu au début et irréductible d'emblée (*La Semaine dent.*, N° 41, 15 Décembre 1933).

Post. — Traitement de la fracture luxation du condyle du maxillaire inférieur (*Zentr. fur chir.*, N° 36, 9-ix-33).

RECLUS et DUPLAY. — Traité de Chirurgie (Tome v, p. 73).

RIDARD (L.). — A propos de trois observations de traumatisme du maxillaire inférieur, avec fracture de l'angle ayant primitivement passée inaperçue (*Rev. de Chir. dentaire et de stomat. de Paris*, N° 6, Juin 1934).

RIDARD (L.). — Conduite à tenir en présence d'une fracture du maxillaire inférieur (*Rev. gén.. de Chir. et de Thérap.*, 44 : 454-456, July 12-1930).

RUPPE (Ch.). — (*Presse médicale du 13 septembre* 1939).

SAUVEZ (E.). — Généralités sur les expertises en stomatologie (*La Revue de Stomat.*, 1924, N° 3, p. 138).

SCHMUZIGER (P.). — Treated by Swiss accident insurance. 1923-1926, 178 cases (Fracture de maxillaire). — (*Schweiz., Monatochr. fur Zahuh*, 39 : 234-260, April 1929).

SIMONIN (C.). — Eléments de Médecine Légale. Judiciaire, Sociale, Professionnelle (*Imp. J. de Bussac*, Clermont-Ferrand, 1941), [1].

TABAR (P.). — Réflexions et considérations à propos d'un cas de fracture du maxillaire inférieur (*Le praticien du Nord de l'Afrique*, 15-VII-1932, N° 40, 5e année).

X... — Les anses métalliques transosseuses dans les fractures du maxillaire inférieur (*Le siècle médical*, N° 161, 15-x-1933).

WASSMUND (M.). — Les méthodes de transplantations osseuses du maxillaire inférieur (*Deutsch. Zeitschr. f. Chir.* 5-IV-1935).

TABLE DES MATIÈRES

Introduction 13

CHAPITRE I

Rappel Clinique 17

CHAPITRE II

Règles d'appréciation du dommage 25

CHAPITRE III

Exemples d'expertises 33

CONCLUSIONS 51

APPENDICE

Barèmes 55

BIBLIOGRAPHIE 59